

нашими даними найбільш вагомими є артеріальна гіпертензія, анемічний синдром, протеїнурія.

**Ключові слова:** хронічна хвороба нирок, кардіоваскулярний ризик, ускладнення

Д.А.Бойко, А.И. Сикора, Г.А.Гарагуля  
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ  
ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ**  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия  
МЗ Украины»,  
кафедра внутренней медицины 1

**Актуальность.** Эффективное лечения внегоспитальной пневмонии (ВП) возможно только при своевременной постановке диагноза, адекватной оценке тяжести пациента, определяющей показания для госпитализации, своевременно начатом лечении, рациональном выборе антибактериальной терапии с учетом возможного возбудителя.

**Цель.** Выявить критерии, определяющие необходимость госпитализации больных с диагнозом ВП.

**Материалы и методы.** Обследовано 72 пациента (возраст от 19 до 83 лет, мужчины составляют 59,6%) с диагнозом ВП, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении в КУ Днепропетровская ГКБ №9 ДОР. Больных разделили на группы с помощью шкалы CRB65, в которой оценивается 4 показателя (сознание, частота дыхания  $\geq 30$ , ДАД  $\leq 60$  мм.рт.ст. или САД  $< 90$  мм.рт.ст., возраст более 65 лет). 1я группа – 44 (61,1%) пациента набрали 0 баллов; 2я – 25 (34,7%): (17 – 1 балл; 8 – 2 балла); 3я – 3 (4,2%) – 3 балла, что говорит о том, что госпитализация в стационар согласно шкале CRB65 была показана 28 (38,9%) пациентам. Анализ историй болезни и обследование пациентов позволило выявить причину госпитализации 44 (61,1%) пациентов, не набравших при оценке по шкале CRB65 достаточное количество баллов для госпитализации. Так, причиной госпитализации 6ти (13,6%) пациентов стало наличие у них полисегментарной пневмонии; у 4х (9,1%) выявлен выраженный интоксикационный синдром; 10ти (22,7%) пациентам показана госпитализация в связи с наличием у них верхнедолевой пневмонии; у 18ти (40,9%) пациентов выявлена сопутствующая патология (у 10х – артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца, у 3х – порок сердца, у 3х – сахарный диабет, у 2 – установлено инфицирование ВИЧ); 6 (13,6%) пациентов госпитализированы по социальными показаниями (2 пациента не имеют постоянного места жительства, 4 пациента являются пенсионерами и не могут лечиться амбулаторно).

**Заключение.** Данных используемых для оценки необходимости госпитализации больных с диагнозом ВП по шкале CRB65 недостаточно. Для определения места лечения пациентов с ВП учитываются степень тяжести ВП, объем и локализация инфильтративных поражений, наличие сопутствующей патологии, а также социальный статус пациента. По полученным данным, наиболее определяющим необходимость госпитализации является наличие сопутствующей патологии в 40,9% случаев, локализация и объем инфильтративных изменений определили необходимость госпитализации у 22,7% и 13,6% соответственно, по социальным показаниям госпитализировано 13,6% пациентов.

А.О.Гаджало, И.В.Тищенко  
**БАКТЕРИУРИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия  
МЗ Украины»,  
кафедра эндокринологии

**Цель и задача:** проанализировать микробный спектр мочи у больных с сахарным диабетом (СД) и бактериурией (БУ).

**Материалы и методы:** наблюдали 80 больных СД, госпитализированных в эндокринологическое отделение, у которых была выявлена БУ. Мужчин 18, женщин 62. Сахарным диабетом 1 типа (СД1) страдали 32 человека (чел.) (40%), сахарным диабетом 2 типа (СД2) – 48 (60%). Средний возраст больных  $51,6 \pm 1,7$  года, средний стаж СД  $13,3 \pm 1,6$  года. Выделены группы (гр.) больных по уровню гликемии натощак: 1 гр. – до 7 ммоль/л, 2 гр. – 7-9 ммоль/л, 3 гр. – выше 9 ммоль/л. Учитывали жалобы больных, данные анамнеза, результаты дополнительного обследования, консультации смежных специалистов.

**Результаты:** у 47,5% пациентов в анамнезе хронический пиелонефрит (ХП), у 27,5% – сочетанные заболевания почек и мочевыводящих путей (МВП) (диабетическая нефропатия, хронический цистит, хроническая почечная недостаточность); 25% больных не имели заболеваний почек и МВП. У четверти пациентов с ХП наблюдалась лейкоцитурия разной степени.

**1 гр.:** 14 чел. (17,5%), женщины. СД1 – 8 пациентов, СД2 – 6. Глюкозурия не выявлена. Всем больным выполнено исследование мочи на стерильность. В 71,4% выделена *E.coli*  $10^5$ - $10^6$  КОЕ/мл, в 14,3% – *Kl.Pneumoniae*, в 14,3% – *Proteus mirabilis*. **2 гр.:** 33 чел. (41,3%), женщин 22, мужчин 11, СД1 – 12 чел., СД2 – 21. Глюкозурия выявлена у 18,2% чел. У 22 чел. проведено исследование мочи на стерильность: в 27,3% случаев получен рост *Candida albicans*, в 18,2% – *E.coli*  $10^7$ - $10^8$  КОЕ/мл, по 9,1% – *Kl. Pneumoniae*, *Morganella morganii*, *Staph. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, сочетанной микрофлоры. Треть пациентов не обследовалась. **3 гр.:** 33 чел. (41,3%), женщин 27, мужчин 6, с СД1 – 12 чел., с СД2 – 21. У 75,8% пациентов – глюкозурия разной степени. Исследование мочи на стерильность: 55,2% – *E.coli*  $10^7$ - $10^8$  КОЕ/мл, 17,2% – *Kl. Pneumoniae*, 13,8% – по 6,9% – *S. Viridans* и. Не обследовались 4 чел. (12,1%).

*E.coli* преобладала среди лиц до 65 лет (55,2%) и с ХП (33,3%). У больных с ХП нередко встречались *Kl. Pneumoniae* и *Candida albicans* (по 10,3%). В группе старше 65 лет микробная флора оказалась более разнообразной. Нами не выявлено явных различий между мужчинами и женщинами, между СД1 и СД2.

**Выводы:** у больных обоими типами СД выявляется мало или бессимптомная БУ. В наблюдавшейся группе пациентов БУ была представлена преимущественно *E.coli*  $10^7$ - $10^8$  КОЕ/мл, с меньшей частотой – *Kl. Pneumoniae* и *Candida albicans*, ещё реже – *Enterococcus faecalis* и *Proteus vulgaris*. У лиц старшей возрастной категории, а также при более высоких показателях гликемии натощак и наличии глюкозурии микробная флора мочи оказалась более разнообразной. Не всем госпитализированным пациентам с СД и БУ выполняется бактериологическое исследование мочи, что может повлиять на оказание им лечебно-профилактической помощи.

Я.А.Гудименко<sup>1</sup>, А.В.Черниловский<sup>2</sup>  
**ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В  
ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

<sup>1</sup>Центр первичной медико-санитарной помощи №8  
(г.Днепропетровск),  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия  
МЗ Украины»,  
кафедра семейной медицины ФПО

Сахарный диабет является проблемой всех возрастов и всех стран [1]. В настоящее время занимает третье место среди непосредственных причин смерти после сердечно – сосудистых и онкологических заболеваний, поэтому решение многих вопросов, связанных с этим заболеванием, поставлено во многих странах мира на государственный, федеральный уровень. У людей, страдающих сахарным диабетом 2 типа, поджелудочная железа может продуцировать недостаточное количество инсулина или организм не способен адекватно использовать его. В результате



повышается содержание глюкозы в крови, что приводит к повреждению кровеносных сосудов и других органов. В отличие от диабета первого типа для второго типа характерно медленное развитие заболевания.

Факторы риска СД 2 типа.

1. Наследственная предрасположенность (если диабетом болели ваши отец или мать, то вероятность того, что вы тоже заболеете, около 30%. Если же болели оба родителя, то – 60%).

2. Ожирение (если человек знает о своей наследственной предрасположенности к данному заболеванию, ему необходимо строго следить за своей массой тела в целях снижения риска возникновения заболевания).

3. Заболевания поджелудочной железы (состояние после операции на поджелудочной железе, воспаления поджелудочной железы, гемохроматоз, и др.).

4. Нервный стресс, являющийсяотячающим фактором.

5. Возраст (чем человек старше, тем больше оснований опасаться сахарного диабета).

6. У беременных у которых имел место гестационный диабет и женщины, что родили ребенка массой более 4 кг., пациенты, масса которых при рождении была до 2 кг. и более 4 кг, женщины с синдромом поликистоза яичников в анамнезе. [2].

Формы оценки риска

1. Возраст

< 45 лет — 0 баллов

45–54 лет — 2 бала

55–64 лет — 3 бала

65 лет — 4 бала

2. Индекс массы тела

(ИМТ = масса (кг) : [рост (м)]<sup>2</sup>):

≤ 25 кг/м<sup>2</sup> — 0 баллов

25–30 кг/м<sup>2</sup> — 1 бал

>30 кг/м<sup>2</sup> — 3 бала

3. Окружность талии измеряется ниже ребер (ну уровне пупка)

Мужчины Женщины

≤ 94 см ≤ 80 — 0 баллов

94–102 см 80–88 — 3 бала

> 102 см > 88 — 4 бала

4. Имеете ли каждый день не менее 30 минут физической активности на работе и/или в свободное время(в т.ч. Нормальной каждодневной деятельности)

Да — 0 баллов. Нет — 2 бала

5. Как часто вы едите овощи, фрукты или ягоды

Каждый день — 0 баллов. Не каждый день — 1 бал

6. Принимали ли когда-либо медикаменты по поводу высокого давления на регулярной основе?

Нет — 0. Да — 1 бал

7. Был ли когда-либо выявлен высокий уровень глюкозы в крови

Нет — 0 баллов. Да — 5 баллов

8. Кто-либо из членов семьи или другие родственники болели на сахарный диабет(1 или 2 типа)?

Нет — 0 баллов

Да: бабушки и дедушки, тетки, дядьки или двоюродный брат(но не собственные родители, брат, сестра — 3 бала

Да: родители, брат, сестра или собственный ребенок — 5 баллов

Риск развития сахарного диабета 2 типа на протяжении 10 лет:

Менее 7 баллов: Низкий риск. Приблизительно у 1 из 100 будет развиваться болезнь.

7–11 баллов: Незначительный риск. Приблизительно у 1 из 25 будет развиваться болезнь.

12–14 баллов: Средний риск. Приблизительно у 1 из 6 будет развиваться заболевание.

15–20 баллов: Высокий риск. Приблизительно у 1 из 3 будет развиваться болезнь.

Более 20 баллов: Очень высокий риск. Приблизительно у 1 из 2 будет развиваться заболевание. [3]

Симптомы СД II типа.

«Малые» диабетические жалобы: сухость и зуд кожи, сухость во рту, стойкая или рецидивирующая микотическая инфекция кожи с придатками и/или мочевыделительных путей, бактериальная гнойничковая инфекция кожи и/или мочевыделительных путей, сухость влагалища у женщин, плохое заживление ран, нечеткость зрения, быстрая утомляемость, головокружение, тошнота, развитие артериальной гипертензии, дислипидемия.). «Большие» диабетические жалобы: полиурия, полидипсия, повышение массы тела, ожирение.). [4]

Формы сахарного диабета

1 – легкая форма, возможно достижение нормальной компенсации соблюдением диеты и физической нагрузкой. Или компенсация поддерживается приемом 1 таблетки сахаропонижающих препаратов.

2 – средняя форма, для поддержания хорошей компенсации необходим прием нескольких таблеток сахаропонижающих препаратов.

Характерно наличие осложнений на сосудах.

3 – тяжелая форма, необходимо введение инсулинотерапии в сочетании с сахаропонижающими препаратами или же полный перевод больного на инсулин. [5]

Диетотерапия при сахарном диабете 2-го типа :

Наиболее употребляемые продукты можно разделить на 3 категории:

1 категория – это продукты, которые можно употреблять без ограничений: помидоры, огурцы, капуста, зеленый горошек (не более 3-х столовых ложек), редис, редька, свежие или маринованные грибы, баклажаны, кабачки, морковь, зелень, стручковая фасоль, щавель, шпинат. Из напитков: напитки на сахарозаменителе, минеральная вода (березовская, боржоми, джермук, дилижан, драговская, эссенуки N4, крымская, куяльник, ласточка, машук N19, плосковская), чай и кофе без сахара и сливок (можно добавлять сахарозаменитель).

2 категория – это продукты, которые можно употреблять в ограниченном количестве: говяжье и куриное нежирное мясо, нежирная рыба, нежирная вареная колбаса, фрукты (за исключением фруктов, относящихся к 3 категории), ягоды, яйца, картофель, макаронные изделия, крупы, молоко и кефир жирностью не более 2%, творог жирностью не более 4% и желативно без добавок, нежирные сорта сыра (менее 30%), горох, фасоль, чечевица, хлеб.

3 категория – продукты, которые вообще исключаем из рациона питания: жирное мясо, птица, сало, рыба; копчености, колбасы, майонез, маргарин, сливки; жирные сорта сыра и творога; консервы в масле, орехи, семечки, сахар, мед, все кондитерские изделия, мороженое, варенье, шоколад, виноград, бананы, хурма, финики. Из напитков: сладкие напитки, соки, алкогольные напитки.

Группа продуктов, которые рекомендуются к исключению из рациона:

сало, растительное и сливочное масло, майонез, маргарин, сливки, жирные сорта сыра (более 30%), жирный творог (более 4%), жирное мясо, копчености, колбасы, консервы в масле, орехи, семечки, сахар, мед, конфеты, печенья и другие кондитерские изделия, варенья, джемы, шоколад, мороженое, сладкие напитки, соки, виноград. [6].

Физические упражнения. Очень важно: измерять уровень глюкозы в крови до и после физических нагрузок; постепенно увеличивать нагрузку и их время; заниматься регулярно, но не более 30 минут; постепенно снижать нагрузку до окончания занятия; подобрать удобную и качественную обувь и хлопчатобумажные носки для занятий (табл. 1.) [7].

Диабетическая стопа – кожные изменения, изменения в суставах и нервных окончаниях на стопах ног. (Кабинет диабетической стопы КЗ «ДМКЛ №9» ДОР» ул. Воронцова 29)

Советы по уходу за ногами для диабетиков:

1. Регулярно осматривать нижнюю часть стоп.

2. Своевременно зализывать повреждения стоп.

3. Мыть ноги ежедневно теплой водой и вытирать насухо. Использовать нейтральное мыло, типа «детского».



Таблица 1  
Затраты энергии при выполнении различных физических нагрузок

Виды деятельности	Затраты энергии, ккал/ч на 1 кг массы
Отдельные виды домашней работы ( глажка, мытье посуды, стирка и др.)	1,8 – 4,0
Работы на садовом участке	2,5 – 5,7
Ходьба по ровной дороге	3,2
Езда на велосипеде	3,5 – 9,0
Езда на автомашине	1,6
Вождения автомобиля	2,2
Плавание	3,0

4. Подрезать ногти не слишком коротко, не полукругом, а прямо, не выстригая и не закругляя уголки ногтей, чтобы не поранить кожу лезвиями ножниц. Чтобы сгладить неровности, пользуйтесь пилкой для ногтей.

5. Носить просторную обувь, очень осторожно разнашивать новую обувь, чтобы избежать потертостей. Носить носки или чулки из ткани, хорошо впитывающей пот. Вместо синтетических изделий пользоваться хлопчатобумажными или шерстяными. Не носить носки с тугой резинкой, которая препятствует циркуляции крови.

6. Проверять обувь, чтобы в ней не было камешков, песчинок и т.д.

7. Беречь ступни от повреждений, порезов, не ходить по камням, не ходить босиком.

8. Не пользоваться грелкой, пластырем; не парить ноги, а мыть их и размягчать мозоли в теплой воде.

9. Ежедневно использовать увлажняющий крем для ног. Наносить крем на нижнюю поверхность ступни, в межпальцевые промежутки наносить тальк.

10. Покупать обувь вечером (к вечеру стопа несколько отекает), предварительно заготовив бумажный след – надо вложить его в приобретаемую обувь и проверить, что края следа не загибаются.

11. Каблук не должен превышать 3-4 см.

12. Посещать кабинет «диабетическая стопа». [8]

Выводы СД II типа

1.Первичная профилактика: направлена на предупреждение сахарного диабета: изменение образа жизни и устранение факторов риска сахарного диабета, профилактические мероприятия только у отдельных лиц или в группах с высоким риском развития сахарного диабета в будущем.

2.Вторичная профилактика: ранний контроль заболевания, предупреждающий его прогрессирование. Предусматривает мероприятия, направленные на предупреждение осложнений заболевания.

3.Своевременность выявления и лечения заболеваний нижних конечностей (трофические язвы, «диабетическая стопа»).

#### Литературные источники

Нормативно-правовая база ведения больных СД 2 типа

1.Приказ МЗ Украины от 21.12.2012 г. № 1118 «Про утверждение и введение медико-технологических документов стандартизации медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа».

2.Стандарты медицинской помощи при сахарном диабете – 2013 (выдержки из резюмирующей части рекомендаций ADA,2013 г.).

3. Стандарты медицинской помощи при сахарном диабете – 2014 (выдержки из резюмирующей части рекомендаций ADA,2014 г.).

4. Приказ МЗ Украины от 22.05.2009 г. № 356 «Протокол оказания медицинской помощи за специальностью «Эндокринология».

5. Приказ МЗ Украины от 24.05.2012 г. № 384 «Про утверждение и введение медико - технологических документов по стандартизации методов лечения при артериальной гипертензии.

6. Международная Диабетическая Ассоциация Украины.2013г.

7. XVI Национальный съезд кардиологов,18-20 сентября 2015

8. XIV Национальный съезд нефрологов Украины, 17-19 сентября 2013 г.

9.Сахарный диабет типа 2 в практике семейного врача. Клиника.Диагностика.Сахароснижающая терапия ( учебное пособие). Под ред В.И.Катеренчук - Полтава - 2012г.С.-219).

Э.Л.Колесник, А.А.Косова

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

кафедра внутренней медицины 3

Изучение взаимосвязи упруго-эластических свойств артериальной стенки с другими маркерами поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ) является актуальным вопросом современной кардиологии. Целью нашего исследования было установить особенности взаимосвязи упруго-эластических свойств артериальной стенки и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 84 мужчины с ГБ II стадии. Артериальная гипертензия 1 степени зарегистрирована у 46 (54,76%) больных, АГ 2 степени – у 27 (32,14 %), АГ 3 степени – у 11 (13,1 %) пациентов. Средний возраст составил 44,0 (38,25; 54,0) года, индекс массы тела – 29,40 (27,22; 32,29) кг/м<sup>2</sup>, окружность талии – 108,6±1,24 см, абдоминальное ожирение выявлено у 64 (76 %) больных. Среди обследованных курили 25 (30 %) мужчин, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям в первой линии родства зарегистрирована у 70 (83 %) больных. Длительность заболевания составила 5,0 (2,0; 12,0) лет. У всех пациентов в группе исследования (100 %) был установлен высокий сердечно-сосудистый риск.

Измерение упруго-эластических свойств артериальной стенки проводили с помощью прибора Arteriograph (Tensiomed®, Венгрия). Оценивали скорость пульсовой волны (СРПВ), индекс аугментации (Alx ао), время возврата пульсовой волны (RT), центральное систолическое артериальное давление (ЦСАД), центральное пульсовое артериальное давление (ЦПАД). Диастолическую функцию ЛЖ оценивали по результатам доплер-эхокардиографии (ЭХОКГ) путем измерения максимальной скорости раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения, а также соотношения Е/А. Признаком нарушения диастолической функции ЛЖ считали снижение индекса Е/А менее 1,0.

Результаты исследования в зависимости от типа распределения данных представлены в виде среднего (М) и стандартной ошибки среднего (m), а также медианы (Me) и интерквартильного размаха (25%; 75 %). Корреляционный анализ между факторами проводился с использованием коэффициента Спирмена.

**Результаты.** У больных ГБ II стадии величина СРПВ составила 9,85 (8,5; 10,9) м/с, Alx ао – 22,95 (12,93; 35,85) %, RT – 119,3±2,39 мс, ЦСАД – 143,75 (129,18; 160,28) мм рт.ст., ЦПАД – 47,60 (40,55; 58,28) мм рт.ст. Полученные результаты свидетельствуют об ухудшении упруго-эластических свойств артериальной стенки у обследованных пациентов. Согласно данным ЭХОКГ величина пика Е составила 0,72 (0,65; 0,85) м/с, пика А – 0,75 (0,63; 0,85) м/с, Е/А – 1,10 (0,79; 1,26).

По результатам корреляционного анализа установлено, что уменьшение пика Е и индекса Е/А было ассоциировано с увеличением Alx ао (r = -0,36, p<0,01 и r = -0,32, p<0,01), СРПВ (r = -0,41, p<0,01; r = -0,34, p<0,01), ЦПАД (r = -0,36, p<0,01; r = -0,35, p<0,01) и ЦСАД (r = -0,40, p<0,01; r = -0,44, p<0,01), а также уменьшением RT (r = 0,46, p<0,01; r = 0,38, p<0,01). Увеличение пика А взаимосвязано с повышением уровня ЦСАД (r = 0,26, p<0,05).

**Заключение.** Установлено, что у мужчин, страдающих ГБ II стадии, ухудшение упруго-эластических свойств артериальной стенки ассоциировано с нарушением диастолической функции ЛЖ.